

配送依頼書 赤帽モリ名古屋急便 行き FAX 050-3588-8715

1, ご依頼主様

ご依頼日 令和 年 月 日

住所：〒

社名：

ご担当者名：

電話番号：

FAX 番号：

2, 積み地

集荷日時： 月 日 (曜日) 時 分 (指定 or 迄 or 以降)

住所：〒

社名：

ご担当者名 (部署名)：

電話番号：

3, 着地

到着日時： 月 日 (曜日) 時 分 (指定 or 迄 or 以降)

住所：〒

社名：

ご担当者名 (部署名)：

電話番号：

4, お支払い方法 (三択)

① 後払い振込 (請求書払い)

② 現金着払い

③ 第三者支払 (詳細情報を下に記入)

住所：〒

貴社名：

ご担当者名 (部署名)：

電話番号：

E-mail：

5, 支払い主様の締切日と支払日 (必須)

① 都度、請求書を メール or 郵送

② 毎月 日締め切り 月 日支払

6, 積荷の詳細 (大きさ、重さ等)

同 意 事 項 (必須)

荷物の破損、紛失は作業を請け負った担当ドライバーが加入する貨物保険での支払によるものとし、支払い限度額 (総額 1 千万円) を超える荷物や保証対象とならない荷物 (事前にお問い合わせ下さい) の運送は荷主負担で別途保険を掛ける事とする。また、遅延その他の如何なる理由においても営業的損失等の請求はできないこととするが、当方に重大な過失が認められる場合に限り、標準貨物軽自動車運送規約の定めに従い誠意を持って解決する。

同意事項の内容に同意し、作業を依頼いたします。

依頼人氏名

印